

**MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE  
DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'**  
(art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

dell'Istituto Comprensivo A. Rosmini" di Pusiano (CO)

**OGGETTO: Richiesta congedo straordinario per assistenza persona in situazione di handicap.**

Il/a sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il, \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ in servizio presso  
questa scuola in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 42, comma 5 D.L.vo N. 151/2001  
di usufruire del congedo straordinario spettante per assistere il proprio in situazione di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 4 comma 1 della legge n. 104/92:

nome \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

nel seguente periodo:

**dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_**

**A TAL FINE DICHIARA**

(Art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art. 3, comma 10, L. 15 marzo 1997 n. 127, art. 1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403)  
(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

- Di essere convivente con \_\_\_\_\_ in situazione di disabilità grave;
- che il proprio familiare portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno;
- che il proprio familiare portatore di handicap grave non è impegnato in attività lavorativa;
- che nessun altro familiare ha già usufruito di congedo straordinario, con o senza indennizzo, per lo/la stesso/a familiare disabile in situazione di gravità;
- che nessun altro familiare usufruirà nel periodo di congedo straordinario dei permessi orari o giornalieri previsti dall'art. 33 della l. 104/92 per lo/la stesso/a familiare disabile in situazione di gravità;
- che il proprio familiare portatore di handicap grave è stato accertato che non è rivedibile;

Il/a sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate.

Il/a sottoscritto/a è inoltre consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Il sottoscritto/a dichiara che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità.

La copia del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica legge 104 operante presso l'ASL di Como è depositata agli atti della scuola.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_